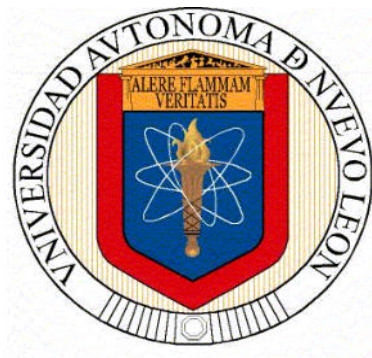


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“ESTILOS PARENTALES EN PACIENTES CON
RIESGO SUICIDA DENTRO DE INTERNAMIENTO
PSIQUIÁTRICO EN LA SALA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA”**

Por

GRISELDA KARINA SOTO QUINTERO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA
Y HOSPITALARIA PARA ADULTOS**

SEPTIEMBRE 2020

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"ESTILOS PARENTALES EN PACIENTES CON RIESGO SUICIDA
DENTRO DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO EN LA SALA DE
COMUNIDAD TERAPEUTICA".

POR

LIC. GRISELDA KARINA SOTO QUINTERO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
MAESTRIA PROFESIONALIZANTE.

SEPTIEMBRE, 2020.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA



**“ESTILOS PARENTALES EN PACIENTES CON RIESGO SUICIDA DENTRO
DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO EN LA SALA DE COMUNIDAD
TERAPEUTICA”.**

Por

LIC. GRISELDA KARINA SOTO QUINTERO.

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MAESTRIA PROFESIONALIZANTE.**

SEPTIEMBRE, 2020.

**“ESTILOS PARENTALES EN PACIENTES CON RIESGO SUICIDA DENTRO
DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO EN LA SALA DE COMUNIDAD
TERAPEUTICA”.**

Aprobación de la tesis:



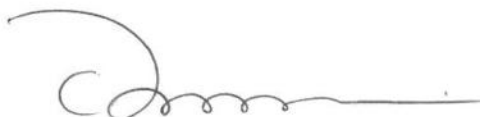
Dr. med Carlos Augusto López Acevo
Director de la tesis



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Miembro de la Comisión de Tesis



Lic. Daniela Romero Guerra
Miembro de la Comisión de Tesis



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

QUIERO AGRADECER PROFUNDAMENTE A MIS PADRES QUE SON MI GRAN PILAR, POR BRINDARME SU APOYO INCONDICIONAL Y DARME LA OPORTUNIDAD DE CONTINUAR CON MI FORMACIÓN ACADÉMICA. EL SR. SERGIO ALFONSO SOTO DE LEON Y A LA SRA. GRISELDA MARIA QUINTERO SALINAS.

A MI HERMANO SERGIO ALFONSO SOTO QUINTERO Y A MI NOVIO LUIS EDUARDO VARELA RAMIREZ POR SU ACOMPAÑAMIENTO DURANTE TODA MI MAESTRIA.

A MIS MAESTROS Y A MI DIRECTOR DE TESIS EL DR. CARLOS AGUSTO ACEVO QUE ME HAN GUIADO Y MOLDEADO EN ESTOS 2 AÑOS PERSONAL Y PROFESIONALMENTE.

POR ULTIMO, A MIS COMPAÑEROS QUE ME AYUDARON AL RECLUTAMIENTO Y VACIADO DE LOS DOCUMENTOS.

DRA. MARIA ELENA DEVEZE VILLAREAL

DR. XAVIER GERARDO QUIROZ PERALES

DR. TITO ANDRES RESENDEZ MUÑOZ

DR. SEBASTIA BERNAL HEINZEL

DR. ERNESTO REYNA SANCHEZ

ESTE LOGRO ES DE TODOS USTEDES.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN.ix
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.xi
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.xvi
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.xviii
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS.xix
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.xxi
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN.xxxi

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN.	xxxiv
---------------------	-------

Capítulo IX

9. ANEXOS.	xxxv
-----------------	------

9.1 CUESTIONARIOS

9.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA.	xxxvi
------------------------	-------

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.	xxxviii
----------------------------------	---------

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
• TABLA 1: EDAD Y MOTIVO DE INTERNAMIENTO.....	xxi
• TABLA 2: SEXO.....	xxii
• TABLA 3: ESTADO CIVIL.....	xxiii
• TABLA 4: ORIGEN.....	xxiii
• TABLA 5: ESCOLARIDAD.....	xxiii
• TABLA 6: OCUPACION.....	xxiii
• TABLA 7: RELIGION.....	xxiv
• TABLA 8: ACTUALMENTE VIVE CON.....	xxiv
• TABLA 9: DIAGNOSTICO EN EJE I.....	xxv
• TABLA 10: DIAGNOSTICO EN EJE II.....	xxv
• TABLA 11: DIAGNOSTICO EN EJE III.....	xxvi
• TABLA 12: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	xxvi
• TABLA 13: ETILISMO.....	xxvii
• TABLA 14: TABAQUISMO.....	xxvii
• TABLA 15: TOXICOMANIAS.....	xxvii
• TABLA 16: VIOLENCIA FISICA.....	xxviii
• TABLA 17: VIOLENCIA SEXUAL.....	xxviii
• TABLA 18: VILENCIA PSICOLOGICA.....	xxviii
• TABLA 19: PRESENCIA DE IDEACION SUICIDA.....	xxix

- TABLA 20: ESTILOS PARENTALES EN LA MADRE.....xxix
- TABLA 21: ESTILOS PARENTALES EN EL PADRE.....xxx
- TABLA 22: INCONSISTENCIA INTERPARENTAL.....xxx
- TABLA 23: TIPOLOGIA PARENTAL.....xxxi
- TABLA 24: AMBOS PADRES CON ESTILOS AUTORITARIOS.....xxxii
- TABLA 25: CORRELACION ENTRE ESTILO PARENTAL Y RIESGO DE SUICIDIO.....xxxii
- TABLA 26: CONFIABILIDAD 95%).....xxxiii

LISTA DE ABREVIATURAS

EP: Estilos Parentales.

RS: Riego Suicida.

CT: Comunidad Terapéutica.

PD: Parental Styles.

SR: Suicidal Risk.

CT: Therapeutic Community.

CAPITULO I

Resumen:

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Que se identificará del protocolo prospectivo con la clave de registro PS19-00006 con el título de “Características de la impulsividad, disregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica”.

Este estudio de investigación tiene como objetivo describir los distintos estilos parentales (EP) que se presentan en pacientes adultos con riesgo suicida (RS) que son internados en el área de psiquiatría dentro de la Sala de Comunidad Terapéutica (CT) del Hospital Universitario Dr. “José Eleuterio González”, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, a través de los resultados de los datos obtenidos de los pacientes reclutados del protocolo prospectivo.

En el protocolo prospectivo, se le pondrá las escalas a todo paciente que cumpla con los criterios de inclusión y otorgue su consentimiento informado, donde posterior a la evaluación de riesgo de suicidio, se aplicará la Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (De la Iglesia, G.; Fernández Liporace, M; Ongarato, P., 2011).

La finalidad del estudio es determinar correlaciones entre los estilos parentales que permitan identificar patrones que sugieran factores de riesgo o efecto protector para nuevas investigaciones que puedan permitir un abordaje preventivo.

Palabras clave: Estilos Parentales (EP), Riesgo Suicida (RS), Comunidad Terapéutica (CT).

Summary:

Descriptive, cross-sectional and retrospective study. The prospective protocol will be identified with registry key PS19-00006 with the title "Characteristics of impulsivity, emotional dysregulations, parental styles and severity of suicidal ideation in patients admitted to the therapeutic community."

This research study aims to describe the different parental styles (PD) that occurs in adult patients with suicide risk (SR) who are admitted to the psychiatric area within the Therapeutic Community Room (CT) of the University Hospital Dr. "José Eleuterio González", in the city of Monterrey, Nuevo León, Mexico, through the results of the data of the patients recruited from the prospective protocol.

In the prospective protocol, check the scales for all patients who meet the inclusion criteria and give their informed consent, where subsequent to the suicide risk assessment, apply the Scale of parenting styles and parental inconsistency perceived (De la Iglesia, G.; Fernández Liporace, M; Ongarato, P., 2011).

The purpose of the study is to determine correlations between parental styles that easily identify patterns that suggest risk factors or a protective effect for new research that may allow a preventive approach.

Key words: Parental Styles (PD), Suicidal Risk (SR), Therapeutic Community (CT).

CAPITULO II

Introducción:

A lo largo del desarrollo humano, desde que nacemos hasta la adultez, nuestra personalidad se va forjando a través de una serie de estímulos biopsicosociales y estos a su vez no van predisponiendo a ciertos factores protectores o de riesgo con los que podemos hacerle frente a nuestras dificultades individuales o del entorno.

En este crecimiento evolutivo, uno de los factores de principal importancia e impacto, es la forma en que nuestros padres o cuidadores principales fueron interactuando con nosotros a lo largo de estas etapas y en qué tipo de ambiente.

Estas formas de interactuar con los hijos generalmente se categorizan con una serie de características relacionadas a la presencia o ausencia de respuestas (Afectividad, comunicación/dialogo e indiferencia) y demandas (coerción verbal, coerción física y prohibiciones) realizadas por los padres correspondientes a un "Estilo Parental".

Por lo tanto, cuando hablamos de estilos parentales (EP), nos referimos a estas características empleadas dentro de la crianza en la educación de los hijos y que influyen significativamente en la forma en que estos llevan a cabo su interacción con otras personas que puede ser a través de patrones relacionales saludables o disfuncionales, aprendidos evidentemente de las primeras figuras de apego.

En cuanto a la relación que tienen los EP con el riesgo suicida (RS), las investigaciones reportan que la crianza y los estilos parentales influyen positivamente o negativamente a los hijos dependiendo de las características que estén presentes o ausentes.

Dentro de los hallazgos en la literatura se sugiere que la percepción que tienen los hijos de sus padres o del funcionamiento familiar también influye considerablemente.

Para contextualizarlo en un ejemplo, es muy diferente un hijo que crece en un ambiente familiar de armonía, comunicación, respeto mutuo, autonomía y seguridad versus un ambiente familiar de hostilidad, crueldad, indiferencia y violencia.

De esta forma, sabemos que algunos EP y/o percepciones de los hijos del funcionamiento de su familia, pueden desencadenar mayor vulnerabilidad a estados de fragilidad y/o distress emocional que pueden conllevar a la presencia de RS.

Cuando hablamos de RS nos referimos a esta elevada probabilidad de que se produzca un "acto suicida". El acto suicida es una acción deliberada que lleva a una persona a hacerse daño a sí misma, sin resultados fatales.

Planteamiento del Problema:

Hasta el momento no se han encontrado estudios que correlacionen los estilos parentales (EP) y el riesgo suicida (RS) en una población de pacientes psiquiátricos adultos, que se encuentren hospitalizados en el país de México.

Por lo tanto, lo que se busca en este estudio es precisamente identificar que estilo parental predomina en pacientes con riesgo suicida y poder en un segundo momento poder proponer intervenciones de tratamiento.

Marco teórico:

Los EP de acuerdo a la definición que proponen Darling y Steinberg (1983) y cito:

"Son concebidos como el repertorio de actitudes, que determinan tanto las prácticas de crianza utilizadas por los padres como los efectos de estas sobre el desarrollo de los hijos; aquellas actitudes incluyen las conductas mediante las cuales los padres desarrollan sus deberes de paternidad o prácticas parentales" (4).

De acuerdo a esta definición propuesta se entiende como todas aquellas conductas que llevan a cabo los padres como forma de establecer una educación de sus hijos la cual

está regida por ciertas normas, como puede ser el establecimiento de reglas o disciplina, apoyo mutuo entre los miembros, tolerancia, dialogo, etcétera o viceversa.

Maccoby & Martin (1983) hacen la propuesta categórica de cuatro estilos parentales, los cuales se clasifican a partir de dos dimensiones:

1. Afecto y comunicación
2. Control y establecimiento de limites

La primera dimensión de "Afecto y comunicación" engloban todas aquellas conductas relacionadas con la aprobación, aceptación y ayuda que se les brinda a los hijos. Por otro lado en la dimensión de "Control y establecimiento de límites" hace referencia a la disciplina, control y supervisión que intentan conseguir los padres (6).

De estas dimensiones propuestas, se desarrolla posteriormente, una tipología de los estilos parentales basada precisamente en estas características desglosadas de la siguiente manera: Autoritativo o democrático, permisivo, negligente, autoritario y sobreprotector (5).

Para tener una comprensión más amplia, describiremos cada uno de ellos.

1. El primero es el estilo "Autoritativo o Democrático" como su nombre lo dice, este estilo tiene características que combinan la presencia de calidez y cariño con límites firmes y claros, llegando de esta forma a un equilibrio entre las dos dimensiones anteriormente mencionadas (demanda/respuesta).

En este EP se incluye una gran apertura a la comunicación y al diálogo, los padres escuchan la opinión de los hijos sin invalidarlas y también se llega a una democracia en cuanto a las razones de conflicto o reprimendas, el nivel de supervisión es alta y flexible lo que permite mayor interacción positiva. Es difícil mas no imposible encontrar este EP en personas con patologías psiquiátricas.

2. El segundo es el estilo "Permisivo" en este los padres tienen poco control y disciplina sobre sus hijos, debido a que se niegan a imponer reglas y organización

en la estructura familiar. Por lo tanto es muy común que los roles no se encuentren bien definidos debido a que se evita la confrontación de los conflictos.

En este EP existe mayor libertad de los hijos a poder establecer sus propias actividades con libre juicio y los padres constantemente ceden a estas demandas, solo interviniendo de haber alguna transgresión grave.

3. El tercero es el estilo “Negligente” en el cual los padres se muestran desligados hacia sus hijos, indiferentes, con poco o ningún compromiso con su rol paternal. Los padres no ponen límites a sus hijos porque se carece de interés en hacerlo, son pocas las respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que críticamente se requieren.

En este EP es muy común que exista esta falta de cuidado y diligencia hacia los hijos por lo cual puede ser común encontrarse con casos de desnutrición o enfermedad, que puede variar en intencionalidad.

4. El cuarto es el estilo “Autoritario” donde predominan conductas relacionadas al control excesivo de actitudes de los hijos, con un conjunto absoluto de normas. Generalmente las características engloban un régimen sobre la ideología a seguir, la obediencia, el respeto a la autoridad la preservación del orden son aspectos primordiales.

En este EP los padres suelen carecer de tacto hacia sus hijos, por lo que pueden exigirles un elevado rendimiento o madurez no acorde a lo cronológico.

5. El quinto y último es el estilo “Sobreprotector” como su nombre lo menciona los padres crean un excesivo y minucioso control sobre las actividades de los hijos, interviniendo en todas aquellas que ellos consideren como perjudiciales o peligrosas para sus hijos.

En este EP las decisiones generalmente son tomadas por los padres sin tomar en cuenta las consideraciones de sus hijos, lo que termina por invalidar la propia autonomía y disminuyendo su capacidad de independencia, esto crea

dificultades al momento de enfrentarse a los retos de la vida adulta, ya que no cuentan con los recursos necesarios o adaptativos para hacerlo (1).

CAPITULO III.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de los estilos parentales que predominan en pacientes con riesgo suicida dentro del internamiento psiquiátrico en la Sala de Comunidad Terapéutica?

Hipótesis:

H1: El estilo parental con mayor prevalencia en los pacientes con riesgo suicida es el autoritario.

H0: El estilo parental con mayor prevalencia en los pacientes con riesgo suicida no es el autoritario.

Antecedentes:

Lo encontrado en la literatura han sido estudios prospectivos que muestran que la ideación suicida y los intentos de suicidio se predicen en las personas por los bajos niveles de calidez, comunicatividad, apoyo y sensibilidad emocional de los padres.

Así como los altos niveles de violencia, desaprobación, disciplina severa, abuso y conflicto familiar general.

En un estudio realizado en adolescentes colombianos al analizar las prácticas parentales predictoras de la ideación suicida en los adolescentes participantes los resultados mostraron que la imposición autoritaria de los padres sobre sus hijos, la comunicación y el control conductual aumentaban en un alto porcentaje la posibilidad de ideación suicida tanto en hombres como mujeres. (3).

Mientras tanto en el estudio "Percepción filial sobre los estilos familiares en menores con ideas suicidas" se estudió la clarificación de si existía un estilo parental que se relaciona con la ideación suicida para prevenir la presencia de ideación en adolescentes y los resultados fueron que los estilos parentales negligente y autoritario actuarían como

factores de riesgo, mientras tanto el estilo parental autoritativo actúa como factor protector frente a la ideación suicida de adolescentes (9).

En un estudio realizado en Agosto 2018 "Impact of parenting behavior on adolescent suicide base of adolescent" (King, Vidourek, & Merianos.) ilustró la importancia crítica de la crianza autoritativa para ayudar a proteger a los adolescentes del suicidio (10).

CAPITULO IV.

Objetivos del estudio:

Objetivo general

Describir los distintos Estilos Parentales que se presentan en pacientes con Riesgo Suicida que son internados en el área de psiquiatría dentro de la Sala Comunidad Terapéutica.

Objetivos específicos

1. Identificar los estilos parentales de la población de estudio.
2. Identificar el nivel de riesgo e ideación suicida de la población de estudio.
3. Identificar el perfil sociodemográfico de la población de estudio.
4. Identificar el perfil familiar de la población de estudio.
5. Correlacionar entre los distintos estilos parentales con el riesgo e ideación suicida.

CAPITULO V.

Material, métodos y participantes:

Diseño de estudio:

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico y comparativo. Que se identificará del protocolo prospectivo con la clave de registro PI19-00034 con el título de “Características de la impulsividad, disregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica”.

En el protocolo prospectivo, se le pondrá las escalas a todo paciente que cumpla con los criterios de inclusión y otorgue su consentimiento informado, donde posterior a la evaluación de riesgo de suicidio, se aplicará la Escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida (De la Iglesia, G.; Fernández Liporace, M; Ongarato, P., 2011).

Muestra:

El presente estudio considerará a todos los pacientes, que cumplan en conformidad con los criterios de selección establecidos en el presente documento en un periodo de seis meses, por lo que al ser de naturaleza poblacional no aplica un tamaño de muestra.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que cumplan con la mayoría de edad.
2. Pacientes que acepten participar en el estudio a través del consentimiento informado.
3. Ser paciente de la sala de comunidad terapéutica en el área de internamiento psiquiátrico del hospital universitario.
4. Pacientes que hayan resultado positivos para la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) presenten riesgo suicida.

5. Pacientes que sean evaluados dentro del periodo establecido de 6 meses dentro del estudio.

Criterios de exclusión:

1. Tener algún trastorno del lenguaje o cognitivo que impida la comprensión de las preguntas.
2. Pacientes con episodios maníacos o psicóticos activos.
3. Pacientes que requieran autorización del tutor el cual no esté presente o la niegue.

Criterios de eliminación:

1. Interrogatorio incompleto.
2. Pacientes que se retiren del estudio durante la aplicación del mismo.

Análisis estadísticos:

Los resultados obtenidos se recabarán en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21; se obtendrán de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Las prevalencias de estilos parentales observadas serán contrastadas, mediante pruebas de hipótesis para proporciones (Z) a una confiabilidad del 95%.

Consideraciones éticas:

Para llevar a cabo el estudio, se deberá contar con la aprobación previa del Comité de Ética de ésta institución.

CAPITULO VI.

Resultados:

Al finalizar el reclutamiento en un periodo de 6 meses, se obtuvo una N discreta de 37 pacientes que fueron internados en la sala de CT del hospital psiquiátrico, de los cuales se obtuvo las siguientes características sociodemográficas:

Con respecto a la edad de los pacientes internados dentro de la sala de CT, observamos en la (TABLA 1) que la media fue de 24 años. De los cuales, su motivo de internamiento fue debido a un intento de suicidio, con al menos un internamiento previo como antecedente.

Al revisar más a detalle las especificaciones de los intentos de suicidio observamos que un 2.94% refirió que fue de manera impulsiva y un 1.35 refirió ser de forma planeada con algunos días o semanas de anticipación.

TABLA 1. EDAD Y MOTIVO DE INTERNAMIENTO

	Edad	Intentos de suicidio	Impulsivo	Planeado	Internamientos
N	37	34	32	17	37
Media	24.00	3.41	2.94	1.35	1.70
Mediana	22.00	3.00	2.00	1.00	1.00
Moda	18	3	1	1	1
Desv. Desviación	7.288	3.767	3.698	0.702	0.968
Asimetría	2.657	3.497	3.593	1.825	1.232
Error estándar de asimetría	0.388	0.403	0.414	0.550	0.388
Curtosis	8.868	14.593	15.041	2.073	0.474
Error estándar de curtosis	0.759	0.788	0.809	1.063	0.759
Mínimo	18	1	1	1	1
Máximo	55	21	20	3	4

Se observó una prevalencia mayor del sexo femenino con un 78.4% en comparación con un 21.6% de sexo masculino (TABLA 2). Estos, presentaban predominantemente un estado civil soltero con un 78.4%, seguido con un 18.9% que se encontraban casados y un 2.7% mencionaron estar divorciados (TABLA 3).

La mayor parte de los pacientes mencionaron ser originarios de Nuevo León con un 89.2% y un 2.7% provenían de otros estados de la república mexicana entre ellos Chiapas, Guanajuato, Tabasco y Torreón (TABLA 4).

En cuanto a su nivel de estudios, un 54.1% refirió tener una licenciatura terminada, un 29.7% preparatoria terminada, un 10.8% licenciatura trunca y un 5.4% secundaria terminada (TABLA 5).

Pudimos observar que en cuanto a su ocupación actual un 40.5% refirió estar desempleado, 35% mencionaron estar estudiando y un 24.3 se encontraban empleados antes del internamiento (TABLA 6).

En cuanto a si estos practicaban alguna religión, se obtuvo que un 43.2% se identificaron como católicos, un 37.8% refirieron no practicar ninguna religión, un 13.5% practicaban la religión cristiana y un 5.4% eran Testigos de Jehová (TABLA 7).

Además, al cuestionar con quienes vivían actualmente antes del internamiento un 62.2% menciona que con su familia nuclear, un 13.5% dentro de una familia monoparental, 10.8% con su cónyuge y por último con un 5.4% dentro de una familia extendida y una familia ensamblada (TABLA 8).

TABLA 2

Sexo

	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	21.6	8
Femenino	78.4	29
Total	100.0	37

TABLA 3

E. Civil

	Porcentaje	Frecuencia
Casado	18.9	7
Divorciado	2.7	1
Soltero	78.4	29
Total	100.0	37

TABLA 4

Origen

	Porcentaje	Frecuencia
Chiapas	2.7	1
Guanajuato	2.7	1
Nuevo León	89.2	33
Tabasco	2.7	1
Torreón	2.7	1
Total	100.0	37

TABLA 5

Escolaridad

	Porcentaje	Frecuencia
Licenciatura	54.1	20
Licenciatura trunca	10.8	4
Preparatoria	29.7	11
Secundaria	5.4	2
Total	100.0	37

TABLA 6

Ocupación

	Porcentaje	Frecuencia
Desempleado	40.5	15
Empleado	24.3	9
Estudiante	35.1	13
Total	100.0	37

TABLA 7

Religión

	Porcentaje	Frecuencia
Católica	43.2	16
Cristiana	13.5	5
Ninguna	37.8	14
Testigo de Jehová	5.4	2
Total	100.0	37

TABLA 8

Actualmente vive con

	Porcentaje	Frecuencia
Cónyuge	10.8	4
Familia Ensamblada	5.4	2
Familia Extendida	5.4	2
Familia Monoparental	13.5	5
Familia Nuclear	64.9	24
Total	100.0	37

Dentro de los resultados observamos que el diagnóstico en EJE I que predomina más en los pacientes fue el Trastorno Depresivo Mayor, Episodio **Grave** con un 45.9%, seguido de los siguientes diagnósticos con 5.4% de prevalencia:

- Trastorno Bipolar Tipo I.
- Trastorno Bipolar Tipo II.
- Trastorno del Humor, No especificado.
- Trastorno de Estrés Postraumático.
- Trastorno por Consumo de Sustancias. (TABLA 9 – EJE I).

En cuanto a la presencia de algún Trastorno de Personalidad en EJE II, se observó predominantemente el Trastorno Límite de la personalidad con 37.8%, seguido de:

- Trastorno Narcisista de la personalidad + Trastorno Límite de la Personalidad.
- Organización Limítrofe de la Personalidad.

Ambos con un 5.4%. (TABLA 10 – EJE II).

Por último en el EJE III Enfermedades médicas, se reportó comorbilidad con Migraña y Asma ambas con un 5.4%. (TABLA 11 – EJE III).

El tratamiento farmacológico propuesto para los pacientes con estos diagnósticos psiquiátricos, consistía de un esquema predominante por Antidepresivos con un 18.9% seguidos de la combinación de un Antidepresivo + Antipsicótico con un 13.5% y Antidepresivo + Benzodiacepinas con un 13.5%. (TABLA 12 – TX FARMACOLÓGICO).

TABLA 9

Eje I

	Porcentaje	Frecuencia
	18.9	7
Ludopatía	2.7	1
Trastorno Bipolar, Tipo I	5.4	2
Trastorno Bipolar, Tipo II	2.7	1
Trastorno Bipolar, Tipo Mixto	2.7	1
Trastorno del Humor, No Especificado	5.4	2
Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Grave	45.9	17
Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Leve	2.7	1
Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado Recurrente	2.7	1
Trastorno Estrés Postraumático	5.4	2
Trastorno por Consumo de Sustancias	5.4	2
Total	100.0	37

TABLA 10

Eje II (Personalidad)

	Porcentaje	Frecuencia
	43.2	16
Organización Limítrofe de la Personalidad	5.4	2
Trastorno de la Personalidad Dependiente	2.7	1
Trastorno Límite de la Personalidad	37.8	14
Trastorno Límite de la Personalidad con Síntomas Psicóticos	2.7	1
Trastorno Narcisista de la Personalidad	2.7	1
Trastorno Narcisista de la Personalidad + TLP	5.4	2
Total	100.0	37

TABLA 11

Eje III (Enfermedades Médicas)

	Porcentaje	Frecuencia
	73.0	27
Asma	5.4	2
Crisis de Ausencia	2.7	1
Epilepsia	2.7	1
Hernia Discal Lumbar	2.7	1
Hipertensión Arterial	2.7	1
Lumbalgia	2.7	1
Migraña	5.4	2
Narcolepsia, Tipo 2	2.7	1
Total	100.0	37

TABLA 12

Tratamiento Farmacológico

	Porcentaje	Frecuencia
	8.1	3
Antidepresivo, Benzodiacepinas y Neuroléptico	2.7	1
Antidepresivo	18.9	7
Antidepresivo y Antipsicótico	13.5	5
Antidepresivo y Benzodiacepina	13.5	5
Antidepresivo y Neuroléptico	2.7	1
Antidepresivo, Antipsicótico y Benzodiacepina	5.4	2
Antidepresivo, Neuroléptico y Antipsicótico	2.7	1
Antipsicótico	2.7	1
Antipsicótico y Benzodiacepina	2.7	1
Benzodiacepina	2.7	1
Benzodiacepinas y Neuroléptico	5.4	2
Estabilizador del ánimo y Neuroléptico	8.1	3
Estabilizador del ánimo, Antipsicótico y Benzodiacepina	2.7	1
Estabilizador del ánimo, Antipsicótico y Neuroléptico	2.7	1
Estabilizador del ánimo, Neuroléptico y Benzodiacepina	2.7	1
Neuroléptico	2.7	1
Total	100.0	37

En cuanto a los factores de riesgo por consumo y/o abuso de sustancias, se registró que un 40.5% negó la presencia de Etilismo y un 37.8% mencionó que tenía ingesta de alcohol de forma ocasional. (TABLA 13 - ETILISMO).

Un 59.5% negó el consumo de Tabaquismo y un 40.5% mencionó que el consumo era de forma ocasional. (TABLA 14 – TABAQUISMO).

Por último, un 64.9% negó el Consumo de Toxicomanías y el 35.1% que mencionaba la presencia actual del consumo, se encontraban con cuadros muy severos de abuso y dependencia. (TABLA 15 – TOXICOMANÍAS).

TABLA 13

Etilismo

	Porcentaje	Frecuencia
No	40.5	15
Ocasional	37.8	14
Si	21.6	8
Total	100.0	37

TABLA 14

Tabaquismo

	Porcentaje	Frecuencia
No	59.5	22
Si	40.5	15
Total	100.0	37

TABLA 15

Toxicomanías

	Porcentaje	Frecuencia
No	64.9	24
Si	35.1	13
Total	100.0	37

En cuanto a antecedentes de algún Tipo de Violencia, se observó que un 56.8% refirió no haber presentado Violencia Física y un 43.2% refirió haber sufrido golpes por alguien cercano, entre ellos familiares. (TABLA 16 – VIOLENCIA FÍSICA).

En cuanto a Violencia Sexual un 59.5% negaron la presencia de algún acontecimiento y un 40.5% refirió haber vivenciado alguna experiencia de abuso sexual (TABLA 17 – VIOLENCIA SEXUAL).

Por otro lado, un 64.9% refirió el antecedente de Violencia Psicológica en comparación de un 35.1% que negaron la presencia del mismo. (TABLA 18 – VIOLENCIA PSICOLÓGICA).

TABLA 16

Violencia física

	Porcentaje	Frecuencia
No	56.8	21
Si	43.2	16
Total	100.0	37

TABLA 17

Violencia sexual

	Porcentaje	Frecuencia
No	59.5	22
Si	40.5	15
Total	100.0	37

TABLA 18

Violencia psicológica

	Porcentaje	Frecuencia
No	35.1	13
Si	64.9	24
Total	100.0	37

La mayoría de los pacientes que son internados en la comunidad terapéutica deben cumplir como criterio al menos uno de los siguientes:

1. Tener riesgo de autoagresión o heteroagresión.
2. Adecuación farmacológica y/o de Diagnóstico.

Por tanto, en teoría se puede decir que aquellos pacientes que son ingresados en determinado momento al área de hospitalización es debido a que es necesaria una

contención e intervención psiquiátrica y que se encuentra en riesgo por las circunstancias cualesquiera que sean de su vida.

Tomando esto en cuenta, todos los pacientes que entrevistamos en su momento de ingreso presentaron un nivel de riesgo y lo que se busco fue medir la gravedad del mismo, a través de la escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS).

Considerando el (EBIS) como referencia encontramos que un 67.6% se encontraba con ideación suicida actual y un 32.4% negaron la presencia de la misma (TABLA 19 – PRESENCIA DE IDEACIÓN).

TABLA 19

Presencia de ideación

	Porcentaje	Frecuencia
No	32.4	12
SI	67.6	25
Total	100.0	37

Por último, los resultados que arrojó la Escala de Estilos Parentales E Inconsistencia Percibida fueron los siguientes:

A la madre se percibió con un 64.9% con un Estilo Parental “Autoritario”, seguido de un Estilo parental “Sobreprotector” con un 16.2%, un Estilo parental “Negligente” con 8.1%, un Estilo parental “Permisivo” con 5.4% y un Estilo “Autoritativo” y “Negligente/Autoritaria” con un 2.7% (TABLA 20 – ESTILO PARENTAL EN MADRE).

TABLA 20

Madre

	Porcentaje	Frecuencia
Autoritaria	64.9	24
Autoritativa	2.7	1
Negligente	8.1	3
Negligente/Autoritaria	2.7	1
Permisiva	5.4	2
Sobreprotectora	16.2	6
Total	100.0	37

En cuanto a la percepción del padre fue de un Estilo Parental “Autoritario” con un 43.2%, seguido de los Estilos parentales “Negligente” y “Sobreprotector” ambos con 24.3% y por último el Estilo parental “Autoritativo” y Estilos Parentales combinados como “Autoritario/Permisivo” y “Autoritario/Sobreprotector” con un 2.7% (TABLA 21 – ESTILO PARENTAL EN PADRE).

TABLA 21

Padre

	Porcentaje	Frecuencia
Autoritario	43.2	16
Autoritario/Permisivo	2.7	1
Autoritario/sobreprotector	2.7	1
Autoritativo	2.7	1
Negligente	24.3	9
Sobreprotector	24.3	9
Total	100.0	37

Un dato relevante a considerar es que esta prueba evalúa si ambos padres tienen el mismo estilo parental a lo que se denomina “Consistencia interparental”. Los resultados arrojaron que un 67.6% no presentaban Inconsistencia Interparental y un 32.4% sí. (TABLA 22 - INCONSISTENCIA PARENTAL).

TABLA 22

Inconsistencia interparental

	Porcentaje	Frecuencia
No	67.6	25
Si	32.4	12
Total	100.0	37

CAPITULO VII.

Discusión:

En este estudio se observó que los pacientes adultos hospitalizados en el área de CT del internamiento de psiquiatría identifican y definen a ambos padres o cuidadores principales con un estilo parental "Autoritario" con un 40.5%.

Un 21.6% refirió que solo uno de sus padres tenía un EP "Autoritario" y el 37.8% restante mencionó que pertenecía a otro tipo entre ellos los EP "Negligentes" y "Sobreprotectores" (TABLA 23- AMBOS PADRES CON ESTILOS AUTORITARIOS Y TABLA 24- TIPOLOGIA PARENTAL).

En cuanto a la correlación con la ideación suicida, el estudio arrojó que aquellos pacientes que no percibían a ambos padres con estilos autoritarios tienen una media de 2.95% intentos de suicidio y 1.82% de internamiento.

Por otro lado, vemos que en pacientes que perciben e identifican a ambos padres con un estilo autoritario tienen una media de 4.07% intentos de suicidio y 1.53% internamientos. (TABLA 25 – CORRELACION ENTRE ESTILO PARENTAL Y RIESGO DE SUICIDIO).

TABLA 23 – AMBOS PADRES CON ESTILOS AUTORITARIOS
Ambos positivo

	Porcentaje	Frecuencia
No	59.5	22
Si	40.5	15
Total	100.0	37

TABLA 24 – TIPOLOGIA PARENTAL
Autoritario

	Porcentaje	Frecuencia
1 de los Padres con Estilo Autoritario	21.6	8
Ambos con Estilos Autoritarios	40.5	15
Ninguno con Estilos Autoritarios	37.8	14
Total	100.0	37

TABLA 25 - CORRELACION ENTRE ESTILO PARENTAL Y RIESGO DE SUICIDIO

Ambos positivo		Intentos de suicidio	impulsivo	Planeado	Internamientos
NO	N	20	19	9	22
	Media	2.95	2.53	1.22	1.82
	Mediana	3.00	2.00	1.00	1.50
	Moda	3	1a	1	1
	Desv. Desviación	2.212	2.270	0.441	1.006
	Asimetría	2.080	2.383	1.620	1.014
	Error estándar de asimetría	0.512	0.524	0.717	0.491
	Curtosis	5.011	6.197	0.735	-0.014
	Error estándar de curtosis	0.992	1.014	1.400	0.953
	Mínimo	1	1	1	1
	Máximo	10	10	2	4
SI	N	14	13	8	15
	Media	4.07	3.54	1.50	1.53
	Mediana	2.50	1.00	1.00	1.00
	Moda	1	1	1	1
	Desv. Desviación	5.298	5.190	0.926	0.915
	Asimetría	2.911	3.072	1.440	1.821
	Error estándar de asimetría	0.597	0.616	0.752	0.580
	Curtosis	9.069	10.090	0.000	2.895
	Error estándar de curtosis	1.154	1.191	1.481	1.121
	Mínimo	1	1	1	1
	Máximo	21	20	3	4

TABLA 26 – Confiabilidad 95%

Ambos positivo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	p
Intentos de suicidio	si	4.07	5.298	1.416	0.401
	no	2.95	2.212	0.495	
Impulsivo	si	3.54	5.190	1.439	0.456
	no	2.53	2.270	0.521	
Planeado	si	1.50	0.926	0.327	0.457
	no	1.22	0.441	0.147	
Internamientos	si	1.53	0.915	0.236	0.387
	no	1.82	1.006	0.215	

CAPITULO VIII.

Conclusión:

Numéricamente si hay un promedio superior en los autoritarios pero no es estadísticamente significativa la diferencia ($p > 0.05$), posiblemente como efecto de una baja potencia por una N discreta.

Se espera que la correlación entre ambas variables se pueda demostrar con la continuación del reclutamiento de pacientes en el Protocolo Prospectivo con la clave de registro PS19-00006 "Características de la impulsividad, desregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica".

CAPITULO IX.

Anexos:

- Cuestionarios
- Carta Consentimiento

CAPITULO X.

Bibliografía:

1. Erazo León, A. C. (2015). Estilos parentales presentes en adolescentes en conflicto con la ley atendidos en DINAPEN, que presentan diferentes niveles de agresividad (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
2. de la Iglesia, G., Ongarato, P., & Liporace, M. F. (2010). Propiedades Psicométricas de una Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPIPP). *Revista Evaluar*, 10.
3. Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Ruiz, L. R., Herrera, A. M. T., Alvarado, J. I. U., & Galindo, C. G. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 52-53.
4. Elvira-Valdés, M. A., & Pujol, L. (2014). Validez confirmatoria de la escala de estilos parentales e inconsistencia parental percibida en estudiantes universitarios venezolanos. *Actualidades Pedagógicas*, (63), 181-196.
5. García-Méndez, M., Rivera Aragón, S., & Reyes-Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 17, no. 2 (jul.-dic. 2014); p. 133-141.
6. Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
7. Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2), 165-178.
8. Jahan, A., & Suri, S. (2016). Parenting Style in Relation to Mental Health among Female Adolescents. *Abnormal and Behavioural Psychology*, 2(3), 1000125.
9. Verge Jiménez, D. (2015). Percepción filial sobre los estilos familiares en menores con ideas suicidas.
10. King, K. A., Vidourek, R. A., Yockey, R. A., & Merianos, A. L. (2018). Impact of Parenting Behaviors on Adolescent Suicide Based on Age of Adolescent. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12), 4083-4090.

11. Lipschitz, J. M., Yen, S., Weinstock, L. M., & Spirito, A. (2012). Adolescent And Caregiver Perception Of Family Functioning: Relation To Suicide Ideation And Attempts. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 400-403
12. Huarsocca Lobon, Y., & Condori Chambi, O. A. (2015). Factores asociados al suicidio en adolescentes, jóvenes y adultos en la ciudad de Juliaca–2014.

CAPITULO X.

Resumen autobiográfico:

Originaria de Heroica, Matamoros, Tamaulipas, México. Con educación básica y media superior en el Colegio de La Salle. Egresada de educación superior como Licenciada en Psicología en la Universidad Autónoma de Tamaulipas Campus Matamoros "UAMM-UAT" (2013-2017) con dos premios otorgados: 1er lugar de aprovechamiento de la generación y 1er lugar de aprovechamiento de la carrera de psicología. Egresada de estudios de Posgrado con la Maestría en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León "UANL" (2018-2020).